UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 22

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARCES FROIDS DE LA LANGUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

Vassil IVANOFF-MARKOFF

Né à Hissar-Kusselari (Bulgarie), le 1er janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
HEDON, professeur.
GALAVIELLE, agrégé. } *Assesseurs*
J. DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1915

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS FROIDS DE LA LANGUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCES FROIDS DE LA LANGUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Vassil IVANOFF-MARKOFF

Né à Hissar-Kusselari (Bulgarie), le 1er janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
HEDON, professeur.
GALAVIELLE, agrégé. } *Assesseurs*
J. DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU (✻).
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale	IMBERT (✻).
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, (prof. ad
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires	JEANBRAU (✻), a. l. (ch de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.
Clinique annexe des mal. des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	EUZIERE	LISBONNE

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *prof., présid.*	MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
HEDON, *professeur.*	J. DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON AMI LE DOCTEUR SPASSOFF

MEIS ET AMICIS

V. IVANOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

V. IVANOFF.

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études médicales, nous ne pouvons oublier les lourdes dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers ceux qui, par leur enseignement, leurs conseils ou leur amitié, contribuèrent à notre formation médicale.

Nous avons à cœur de nous retourner vers nos maîtres et de les prier d'accepter nos remerciements pour tout ce que nous leur devons.

Nous avons tout particulièrement ici le devoir d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Forgue, qui nous a fait le très grand honneur de présider la soutenance de notre thèse. Nous le remercions bien sincèrement de la constante bienveillance qu'il nous a témoignée pendant la durée de nos études.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer toute notre admiration à M. le professeur Hédon qui nous a fait aimer la physiologie.

Nous remercions M. le professeur agrégé Galavielle pour son amabilité et pour les conseils qu'il nous a prodigués pendant notre court internat dans l'Hôpital militaire n° 3.

Tous nos remerciements à M. le professeur agrégé Delmas d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

Au seuil de la vie nouvelle qui commence pour nous, nous tenons à exprimer à nos amis, avec nos adieux, les regrets que nous éprouvons à nous séparer d'eux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS FROIDS DE LA LANGUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION — HISTORIQUE

La tuberculose linguale produit des lésions fréquentes et très anciennement connues; mais ces lésions se présentent sous des aspects cliniquement fort divers. Si l'ulcération tuberculeuse, perte de substance superficielle, est une lésion excessivement courante, le tuberculome profond est beaucoup plus rare et beaucoup moins bien étudié encore, malgré les travaux nombreux parus sur la question depuis déjà une vingtaine d'années.

Le tuberculome lingual diffère essentiellement de l'ulcération au point de vue clinique. Le traitement applicable n'est pas du tout le même, l'ulcération offrant les indications des tuberculoses ouvertes, tandis que l'abcès froid doit être traité comme une tuberculose fermée, tout au moins à ses deux premières périodes. Au point de vue étiologique même, les deux formes sont distinctes: l'ulcération est une forme secondaire, due à une auto-inoculation, fré-

quente surtout chez les enfants. Le tuberculome est une forme de l'adolescent ou de l'adulte, que certains auteurs ont décrite sous le nom de tuberculose primitive de la langue. Alglave, cependant, en 1906, décrit deux petits abcès froids de la pointe de la langue qu'il attribue à une inoculation par morsure.

Portal paraît avoir rapporté, en 1804, le premier cas bien étudié de tuberculomes linguaux. Dans son cours d'anatomie médicale, il publie l'observation d'une femme chez laquelle on trouva, à l'autopsie, une langue « pleine de concrétions stéatomateuses dont quelques-unes étaient globuleuses et de la grosseur d'un pois ».

Fano, en 1862, en donne une seconde observation dont nous rapportons les passages essentiels: « Homme de 28 ans, ayant présenté des phénomènes équivoques du côté de la poitrine. Il se présente porteur, dans la moitié droite de la langue, d'une fistule sous-fibromuqueuse consécutive à un abcès froid. La fistule est opérée. Quelques jours après, on voit se former, dans la moitié opposée de la langue, une induration bien limitée qui atteint le volume d'une noisette. Cette tumeur est ponctionnée; on fait le diagnostic d'abcès froid que l'on incise et que l'on cure. »

Clarke, en 1873, fait une étude un peu plus approfondie de la question, dans son *Traité des maladies de la langue.* Il prétend avoir observé souvent, au centre du parenchyme lingual, des tumeurs dont il discute longuement le diagnostic. S'agit-il de syphilomes ou de tuberculomes? Il penche plutôt vers la seconde hypothèse, en raison surtout des antécédents tuberculeux fréquents. En particulier, il cite tout au long le cas d'une fillette de 14 ans, dont les ganglions avaient présenté dans l'enfance de fortes lésions scrofuleuses, dont le père était tuberculeux, et qui portait une

tumeur de la langue. Cette tumeur s'ouvrit d'elle-même à l'extérieur.

La même année, Gosselin observa une collection froide de la langue, pour laquelle, d'ailleurs, il ne fit pas le diagnostic de tuberculose : tumeur molle et fluctuante, siégeant dans la moitié gauche, en pleine épaisseur, indolore, ne gênant pas la phonation. Cette collection s'ouvrit sur le côté droit par une fistule au sommet d'un mamelon ombiliqué à son centre. La ponction ramena du pus séro-sanguinolent. On traita la collection par l'incision et le curage, mais des bourgeons de mauvais aspect s'étant développés, on fit le diagnostic de néoplasme et on réséqua la langue. Rolland pense qu'il s'agissait d'un tuberculome ramolli, et il s'appuie sur ce que la tumeur n'a jamais récidivé et sur ce que le malade avait été soigné auparavant pour un abcès torpide de la région anale.

Toutes ces observations, comme nous le voyons, ont peu de valeur; le diagnostic n'y est établi que par l'examen clinique, et cet examen est souvent relaté d'une façon succincte. En 1883, Brun publie la première observation dans laquelle ait été pratiqué un examen histologique. Sa malade, jeune femme par ailleurs bien portante, présente, depuis quatre mois, une tumeur indolente dans la moitié droite de la langue. Pas de lésions de la muqueuse à son niveau, pas de troubles fonctionnels. L'état général fait songer au kyste hydatique, mais la ponction ramène du pus. On enlève en bloc la lésion, poche tomenteuse contenant un pus mal lié. Le diagnostic n'est établi que par l'examen histologique, par lequel on découvre, dans la paroi, de nombreux tubercules.

Gane, en 1883, observe une glossite tuberculeuse chez une femme qui présentait, depuis déjà longtemps, des lésions de tuberculose pulmonaire avancée.

Péan, étudiant les abcès froids de la langue, insiste le premier sur les difficultés de diagnostic et il établit, dès 1882, la variété non tuberculeuse de ces collections.

Poncet, en 1888, en observe un joli cas et conclut à la pathogénie hématogène de ces lésions.

Les observations se multiplient ensuite assez rapidement, et, en 1893, à propos d'un cas nouveau, Chauffard, à la Société médicale des hôpitaux, expose avec précision des idées d'ensemble sur la question. La même année, Whitmann publie sa thèse dans laquelle il développe les idées de Chauffard.

En 1894, Sauvage donne à nouveau une assez bonne étude d'ensemble de la question.

L'année suivante, nous devons signaler les deux thèses de Rolland à Lyon, de Augy à Paris.

En 1896, paraît l'excellente monographie de Le Nadan qui réunit dix-huit observations d'abcès froids de la langue, tout ce qu'il a pu trouver dans la littérature. La même année, Carrière, dans le *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* publie une étude d'ensemble de onze pages.

En 1898, un cas nouveau de Richardson est publié sous le nom d'abcès chronique de la langue.

En 1903, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Danlous aborde à nouveau la question, et insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis établi par le microscope.

Bonnet, en 1905, par son excellente thèse sur l'actinomycose de la langue, isole définitivement tout un groupe d'abcès froids non tuberculeux que Péan avait déjà entrevus.

Rabé, en 1907, décrit une forme nouvelle: la tuberculose caséeuse massive de la langue qui sort un peu du cadre de notre étude à cause de son allure aiguë.

L'abcès tuberculeux de la langue fait, en Italie, l'objet d'une bonne étude de la part de Sinibaldi, en 1908, et, en Russie, de la part de Bachkiroff, en 1910 (Société russe de chirurgie de Pirogoff).

Gougerot et Cruissant, en 1911, reprennent, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie,* les difficultés de diagnostic avec la syphilis et les mycoses et insistent sur la nécessité de l'examen microscopique et de l'inoculation.

Plus près de nous, enfin, signalons les travaux suivants:

En 1912, Mouisset, dans le *Lyon Médical,* publie deux cas nouveaux; Von Ruch fait une étude générale dans *The Laryngoscope;* Gobermann, dans la *Chirourguia,* reprend les tuberculoses de la langue en général, ainsi que Lambert dans les *Annals of Surgery.* Lagomarsino, à Buenos-Ayres, observe un cas de nodules disséminés dans la langue.

En 1913, Gerchoune donne, dans la *Vratchebnaïa Gazeta,* une longue étude des tuberculoses linguales. Mancioli observe un tuberculome à la phase d'ulcération (*Il Policlinico*). Mouisset revient sur les tuberculoses de la langue à forme gommeuse (Soc. nat. de méd., Lyon).

En 1914, enfin, Fulle rapporte, dans la *Riforma Medica,* un cas d'abcès tuberculeux de la langue.

Au cours de ces derniers mois, les blessures de guerre ont un peu détourné l'esprit des médecins de l'étude de ces lésions torpides, et nous n'avons plus trouvé d'observations plus récentes d'abcès froids linguaux.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

L'étude étiologique des tuberculoses linguales gommeuses ne doit pas se contenter de reprendre, pour un cas particulier, ce qui a été dit à propos de toutes les tuberculoses en général, et nous ne devons pas nous contenter de signaler l'influence des prédispositions héréditaires et personnelles.

Il est des notions étiologiques plus spéciales, tirées de l'étude de l'âge et du sexe, dont nous apprécierons la valeur pratique en étudiant le diagnostic de cette affection.

Tandis que les formes ulcéreuses de la tuberculose linguale sont fréquentes, surtout chez les enfants, il semble que la forme gommeuse soit l'apanage presque exclusif de l'adulte. Des deux observations de Clarke, l'une a trait à un garçonnet de 2 ans, l'autre à une fillette de 14. Ce sont là des cas assez rares et, sur seize cas où Le Nadan a trouvé indiqué l'âge du sujet, celui-ci était :

4 fois de 22 à 30 ans.
5 fois de 30 à 40.
4 fois de 40 à 45.
3 fois de 45 à 50.

La jeune malade dont nous rapportons l'histoire, avait 22 ans.

Le Nadan insiste sur la fréquence plus grande de cette lésion chez les hommes; d'après lui, sur dix-huit cas, il s'agissait deux fois seulement de femmes. Clarke, sur deux cas, observa un homme et une femme. La malade de Portal était une femme, et Brun donne l'examen histologique d'un abcès froid chez une jeune femme. Notre cas a été observé sur une jeune fille. Il semble bien que si Le Nadan a observé plus d'hommes que de femmes, le hasard ait contribué pour beaucoup à cette prépondérance du sexe masculin, et s'il est réel que la tuberculose linguale gommeuse atteigne plus souvent l'homme que la femme, la proportion ne doit cependant pas être aussi élevée que veut bien le dire ce dernier auteur.

L'influence de l'hérédité, dans cette localisation de la bacillose, a été assez peu étudiée. Nous l'avons trouvée rarement signalée. Dans un cas de Le Dentu, le père était mort de pleurésie. Dans le cas de Lambert, les antécédents héréditaires étaient chargés; en général, il n'est pas fait mention de l'état de santé des parents, ou celui-ci était satisfaisant. Il ne semble donc pas que l'hérédité joue un rôle à retenir dans l'apparition des tuberculoses linguales. D'ailleurs, cette question, en général, de l'hérédité tuberculeuse, subit actuellement un remaniement assez complet, puisqu'on est en train de dresser, en face de la prédisposition héréditaire, l'immunité antituberculeuse héréditaire (L. Bernard, La tuberculose maladie immunisante, *Presse méd.*, 1914; Ch. Sabourin, *Presse méd.*, 17 juin 1915).

Les antécédents personnels sont beaucoup plus intéressants à étudier; ils nous seront d'une bien plus grande utilité dans la discussion pathogénique. Les malades qui nous intéressent présentent, dans la grande majorité des cas, d'autres localisations tuberculeuses. Le premier cas étudié fut découvert à l'autopsie chez une femme morte

phtisique. Le Nadan, sur dix-huit malades, en trouve quatorze qui présentent des lésions pulmonaires. Le quinzième avait fait des localisations osseuses. Les sujets d'Herbel et de Chauffard ont en même temps des lésions linguales, laryngées et pulmonaires. Le malade d'Alglave avait les poumons lésés. Lambert, en 1912, insiste sur la fréquence des manifestations pulmonaires, pour lesquelles il va même jusqu'à prononcer le mot de constance.

Sur la langue même, il est curieux d'observer avec quelle fréquence les lésions gommeuses coexistent avec la forme ulcéreuse. D'après Le Nadan, on observerait cette coexistence une fois sur deux. Mouisset, dans sa communication à la Société nationale de médecine de Lyon, attire l'attention sur ce fait intéressant au point de vue pathogénique.

L'observation d'Alglave est un document précieux pour élucider le rôle étiologique du traumatisme. Pour les tuberculoses linguales, comme pour toutes les tuberculoses locales, depuis l'expérience célèbre de Man-Schaller, il a été beaucoup discuté sur le rôle d'inoculation ou de localisation du traumatisme. Il semble bien aujourd'hui que ce rôle soit indiscutable.

Le traumatisme peut agir de deux façons essentiellement distinctes, suivant qu'il produira une plaie ou une contusion simple.

La plaie est évidemment une porte ouverte à l'inoculation. Elle peut être primitivement souillée et infectée, si elle est produite par un instrument lui-même porteur de bacilles. En général, elle se souille secondairement, et ces souillures peuvent être de causes multiples. Exogènes, et l'on incriminera les aliments et les poussières, ou endogènes, et il s'agira alors des crachats chez un tuberculeux présentant des lésions pulmonaires.

Le traumatisme sans plaie, la contusion simple peut jouer pour la langue, comme pour les articulations son rôle localisateur. Il s'agit alors d'une infection endogène par voie sanguine. Régnier rapporte un bel exemple de ces cas. Au cours d'une opération pour tuberculose osseuse, chez un sujet à poitrine indemne, on est obligé, pour une syncope, à pincer la langue. La pince à langue n'a pu être l'agent d'inoculation puisqu'elle sortait de l'étuve. Il s'est cependant développé, sur le bout de la langue, une collection fossile dont le microscope a démontré la nature tuberculeuse.

Enfin, des traumatismes répétés, des irritations chroniques peuvent jouer aussi un rôle dans l'étiologie de ces tuberculoses linguales. C'est par leur action que Le Nadan explique la plus grande fréquence chez l'homme des abcès froids. « Chez l'homme, en effet, l'hygiène de la bouche est, en général, déplorable (tabac, usage des boissons alcooliques, etc.). Par cela même, la langue chez lui est soumise à des causes irritatives incessantes, à des traumatismes répétés qui tendent à mettre l'organe en un état d'infériorité marquée vis-à-vis de l'infection. »

Au point de vue pathogénique, on peut diviser les gommes tuberculeuses de la langue en trois groupes.

Dans un premier cas, elles succèdent à des lésions linguales superficielles préexistantes; ce sont des gommes secondaires à des lésions locales. Il ne semble pas cependant que l'érosion superficielle puisse donner, par propagation de proche en proche, une forme gommeuse profonde. Elle doit agir comme foyer primitif fournissant l'agent microbien, mais le mécanisme de propagation doit être le même que dans le cas suivant.

Dans un second cas, la gomme apparaît chez un sujet à bouche indemne, mais présentant des lésions localisées

en divers points de l'organisme. Ce sont les gommes secondaires à des lésions distantes.

Enfin, dans le troisième cas, le sujet paraît indemne par ailleurs, la localisation linguale est la seule que révèle l'examen clinique le plus approfondi: c'est la gomme primitive, ce que Le Nadan appelait la gomme primitive vraie.

Dans ces deux derniers cas, quel est le mécanisme local d'inoculation? Le bacille vient-il de l'extérieur, introduit dans la langue par une érosion superficielle? Vient-il de l'intérieur, amené par la circulation sanguine?

Whitmann, expérimentalement, a pu produire, deux fois sur cinq, chez des lapins, des abcès froids de la langue, en injectant de petites quantités de tissus caséeux broyés, avec une aiguille de Pravaz, dans le parenchyme de l'organe. Il en conclut que, même pour cette forme profonde de tuberculose linguale, l'inoculation peut être due à une lésion de la muqueuse. Le liquide virulent « peut, dans certains cas, pénétrer dans la profondeur de la langue et donner lieu à ce niveau seulement à la formation de tubercules, alors que les parties superficielles restent indemnes ».

A l'argument expérimental de Whitmann, on peut ajouter la preuve clinique que fournit l'observation de Alglave.

Mais si, dans certains cas, ce mécanisme d'inoculation directe est indiscutable, il est des cas où il est absolument inadmissible; pour admettre une contagion buccale, il faut admettre une porte d'entrée, si minime soit elle. Or, souvent, ni l'interrogatoire ni l'examen des blessés ne nous permettent de découvrir cette ulcération ou cette érosion. Il faut alors imaginer un autre mécanisme pathogénique. Certains auteurs vont même plus loin; il n'admettent jamais l'inoculation directe, et Rolland, dans sa thèse, écrit:

« Cette porte d'entrée, nous ne l'avons jamais trouvée, malgré des recherches consciencieuses et suivies. Pour nous, la muqueuse linguale n'est jamais la voie de pénétration du virus qui doit donner naissance au tuberculome profond. Ici l'infection est d'origine profonde et se fait par le réseau sanguin et lymphatique. »

Rolland, nous l'avons montré plus haut, exagère. Il est des cas ressortissant évidemment de l'inoculation directe (Alglave). Mais il faut reconnaître que le tuberculome vrai, avec sa phase initiale de crudité, s'accommode mal d'une étiologie exogène, et l'on doit admettre que, dans bien des cas, c'est par le sang circulant, sinon par les lymphatiques comme le disait Rolland, qu'est amené le bacille de Koch. Il serait, d'ailleurs, anormal que cette pathogénie, universellement reconnue pour toutes les tuberculoses locales, ne soit pas applicable à l'abcès froid lingual.

En somme, au point de vue pathogénique, on peut grouper les tuberculoses profondes de la langue en trois classes :

1° Les abcès par inoculation hétérogène : poussières, aliments (cas expérimentaux de Whitmann), très rares ;

2° Les abcès par inoculation autogène : crachats (cas de Alglave), rares ;

3° Les abcès par inoculation endogène ou hématogène, les plus fréquents, selon la théorie de Rolland.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abcès froid lingual se forme et évolue comme tous les abcès froids de l'organisme. Nous assisterons, ici comme ailleurs, à l'évolution en trois périodes successives, anatomiquement et cliniquement distinctes :

La lésion tuberculeuse crue, le tuberculome.

La lésion tuberculeuse ramollie, l'abcès froid.

La lésion tuberculeuse ouverte, l'ulcération ou la fistule.

I. — Le tuberculome peut siéger en un point quelconque de la langue ; il est cependant assez rare qu'il siège sur la face dorsale et nous n'avons trouvé aucun cas de tuberculome de la base. Dans le cas d'Alglave, il siégeait tout à la pointe. Dans notre cas, et c'est là l'éventualité la plus fréquente, il occupait un des côtés de l'organe dont il épaississait les bords. Il est des formes profondes, centrales, qui n'évoluent que secondairement vers la muqueuse.

Au point de vue du volume, nous rencontrons tous les degrés. La granulation jaune de Trélat n'est qu'un cas particulier, superficiel, de la lésion minuscule réduite à son plus petit volume. Les dimensions les plus fréquemment observées sont celles d'un pois, d'une noisette, d'une amande (cas personnel). Dans le cas de Rabé, on avait af-

faire à une forme massive occupant tout l'organe et le transformant en un bloc caséeux.

Ces localisations linguales de la tuberculose, dit Le Nadan, sont généralement uniques. Il faut bien savoir cependant que l'on peut avoir plusieurs noyaux coexistants. Il y avait trois abcès dans le cas de Dubreuilh. Deux dans le cas d'Alglave. Les lésions étaient multiples dans le cas de Péan. Portal a vu la langue pleine de collections stéatomateuses dont quelques-unes étaient globuleuses et de la grosseur d'un pois. Le cas le plus joli de lésions multiples est celui de Barth que nous croyons devoir rapporter.

La langue « présentait sur ses deux faces plusieurs petites saillies arrondies, grosses comme des lentilles et paraissant dues à des corps étrangers développés dans son épaisseur. Au palper, le parenchyme lingual était souple, sauf au niveau des tumeurs qui donnaient la sensation de petites boules indurées, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois chiche, les unes superficielles, les autres profondes, et nettement séparées les unes des autres. »

Il n'y a pas loin de ces formes-là à une granulie linguale.

Le tuberculome est, en général, arrondi, ou ovalaire, allongé dans le sens antéro-postérieur.

La plupart des auteurs insistent sur la netteté palpable de ses contours. Il se continuerait, au début tout au moins, par une ligne de démarcation nette avec les tissus sains qui l'environnent. Ceci permet, opératoirement, une dissection très serrée de la tumeur, permettant d'enlever très peu de l'organe sain et de le déformer le moins possible (Rolland).

Ce noyau tuberculeux aurait toujours un début profond, en plein muscle, et non dans le tissu conjonctif comme la gomme syphilitique (Le Nadan).

En coupe, le tuberculome est d'un gris rosé, présentant quelquefois des marbrures plus foncées. Il est de consistance homogène et ferme; donne, au raclage, un suc peu abondant. Au fur et à mesure qu'il évolue vers la caséification, il jaunit et prend la teinte classique, marron d'Inde.

Nous n'avons pas à reprendre ici la description histologique du nodule tuberculeux avec ses granulations confluentes dans lesquelles on retrouvera, tout au moins au début, les follicules de Koester. C'est au centre du follicule, dans la cellule géante, qu'il faut chercher les bacilles tuberculeux.

II. — L'abcès froid se forme par ramollissement progressif du tuberculome. Celui-ci, nous l'avons vu, jaunit, prend l'aspect du marron d'Inde; puis, à son centre, ou en plusieurs points en même temps, il prend une consistance caséeuse. Le processus de liquéfaction se continuant, un liquide séreux vient diluer ce caséum qui se divise en petits amas grumeleux, et l'on a ainsi le pus typique de l'abcès froid.

La cavité centrale ramollie s'agrandit et se creuse progressivement, à mesure que se propage à la périphérie la lésion tuberculeuse. Sa partie jeune reste solide, constitue la zone d'envahissement, la membrane tuberculigène de Lannelongue; ici encore, il serait oiseux de s'étendre longuement sur les lésions de l'abcès froid, macroscopiques ou microscopiques, elles sont banales.

Contentons-nous de dire que ces abcès froids sont de petit volume, qu'ils restent longtemps profonds, que, comme les tuberculomes, ils peuvent être uniques ou multiples, et confluer dans ce dernier cas en des clapiers anfractueux.

III. *Ulcère et fistule.* — L'abcès étant formé, deux phénomènes peuvent se produire.

Tantôt il est près de la muqueuse, la soulève, l'ulcère et s'ouvre par une perte de substance large, à bords amincis et décollés, à paroi rigide constituée par les restes de la membrane tuberculigène et par la zone ambiante de réaction inflammatoire. Il est même des formes superficielles dans lesquelles la tumeur fait saillie dans la cavité buccale, sous la muqueuse, avant de s'ulcérer; il s'agit alors plutôt de tumeurs ulcérées que d'abcès froids ouverts. « A peu près au centre de la tumeur, dit Whitmann, on trouvait une ulcération ovale, irrégulière, peu profonde, de un centimètre de longueur autour de laquelle on voyait quelques rares granulations jaune blanc. »

Le plus souvent, cependant, il s'agit d'une vraie cavité creusée dans la langue et à laquelle on accède par une ulcération de dimensions variables.

Tantôt l'abcès froid est profond. Le pus progresse lentement à travers les muscles avant de venir s'ouvrir à la muqueuse. Il communique alors avec l'extérieur par un trajet plus ou moins long, par un conduit sinueux dans lequel, avec peine, on introduit le stylet.

Dans un cas de Gosselin, un abcès de la cavité gauche de la langue venait s'ouvrir sur le bord droit.

Suivant que se produit l'une ou l'autre de ces deux évolutions, on aboutit à la formation d'un ulcère ou d'une fistule.

Les lésions histologiques de l'ulcère sont les mêmes que dans la paroi de l'abcès. Le fond de l'ulcère n'est autre chose, en effet, que le tuberculome encore en voie de ramollissement, ou que la partie profonde de la membrane tuberculigène. Mais les infections associées en modifient rapidement l'aspect, et l'on voit bientôt s'associer au processus, presque néoplasique de la tuberculose, les lésions histologiques de l'inflammation aiguë.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'envisagerons ici, comme dans les chapitres précédents d'ailleurs, que l'étude du tuberculome lingual, laissant de côté les ulcérations tuberculeuses, multiples, superficielles, que l'on rencontre assez fréquemment chez des tuberculeux avérés.

L'évolution anatomique du tuberculome lingual, comme celle de toutes les néoformations tuberculeuses de l'organisme, comprend, ainsi que nous l'avons vu, trois périodes: période d'état, période de ramollissement, période d'ulcération. Au point de vue symptomatologique, les signes fonctionnels et physiques diffèrent selon que la tumeur tuberculeuse se présentera à la période de crudité, à la période de ramollissement ou à celle d'ulcération.

Le début de l'affection est insidieux et caractérisé surtout par son indolence. Dans l'observation que nous rapportons dans notre travail, la malade était venue demander conseil non pour sa tumeur linguale, mais pour une otite moyenne concomitante.

D'une façon générale, le malade n'est que très peu gêné et si la tumeur est de petit volume et profonde, elle peut passer inaperçue pendant plusieurs mois.

Il sera le plus souvent difficile de faire préciser le début de la maladie.

1° *Période de crudité.* — Arrivé à la période d'état, le tuberculome se présente sous la forme d'une petite tumeur siégeant dans l'épaisseur du tissu musculaire de la langue en un point plus ou moins rapproché de la muqueuse.

Le siège de la tumeur, ainsi que nous l'avons vu, peut être variable. Dans quelques observations, elle faisait saillie sur la face dorsale de l'organe; on l'a rencontrée quelquefois (observation de Dubreuilh) sur la face inférieure. Très rarement la tumeur se trouve dans la base de la langue. Dans la grande majorité des cas, elles est labiale et siège dans l'un des bords. Le plus souvent, elle est unique. Chez certains malades, on a pu noter la présence de plusieurs tuberculomes. (Dans le cas de Portal, la langue fut trouvée pleine de concrétions stéatomateuses dont quelques-unes étaient globuleuses et de la grosseur d'un pois.)

Dans tous les cas, nous aurons affaire, à cette période, à une tumeur de consistance dure, roulant sous le doigt, bien limitée, non adhérente à la muqueuse et n'amenant aucune modification dans l'aspect de celle-ci.

Le plus souvent, en faisant ouvrir la bouche au patient, nous constaterons un soulèvement correspondant à la tumeur; quelquefois, par contre, si celle-ci est de petit volume et profondément située, ce soulèvement sera peu apparent. Le plus souvent cependant, la langue paraîtra plus épaisse d'un côté que de l'autre. Dans les formes massives, elle sera tuméfiée dans son ensemble.

La palpation permet de se rendre compte de la forme et du volume exact de la tumeur. Il est facile de juger aussi de sa consistance. A la période de crudité, le tuberculome lingual donne la sensation d'un corps dur, d'un petit fibrome, par exemple. Il est très facile de s'apercevoir que la tumeur est bien limitée et n'envoie pas de prolongements à travers le tissu musculaire qui l'entoure.

Il est très rare de trouver des ganglions hypertrophiés à la période de crudité. Il faudra rechercher les premiers comme dans le cancer au niveau de la chaîne carotidienne (Hauptganglion de Küttner).

Les symptômes fonctionnels se réduisent à peu de chose. Le malade ne se plaint que d'une légère gêne dans les mouvements de déglutition, et parfois d'un certain embarras de la parole.

Il est très rare que le tuberculome, au début, soit réellement douloureux. On a pourtant signalé des douleurs sourdes, térébrantes, névralgiformes avec irradiations du côté de la face, du cou et même de l'oreille. (Observations de Le Dentu et de Péan, *in* thèse de Le Nadan.)

L'état général, à cette période, n'est nullement influencé par la localisation tuberculeuse, il sera sous la dépendance exclusive d'autres lésions bacillaires éventuellement concomitantes.

2° *Période de ramollissement.* — Elle correspond à la formation de l'abcès froid ou gomme tuberculeuse.

La tumeur dure de la période précédente a peu à peu augmenté de volume dans un laps de temps très variable (quinze jours dans un cas de Fano, trois ans dans une observation de Poncet) ; elle peut atteindre le volume d'une grosse noix. La muqueuse ne change pas d'aspect et ne devient violacée et tendue qu'à la fin seulement, au moment où la gomme va s'ulcérer. La palpation montre que la tumeur est fluctuante et résistante.

Il est parfois difficile d'apprécier avec netteté cette fluctuation. Cette difficulté tient d'abord à la consistance mollasse et pseudo-fluctuante de l'organe lui-même, ensuite à la difficulté même de l'examen tenant au siège quelquefois profond et difficilement accessible de l'abcès. Ceci

nous explique que la fluctuation ne soit perceptible, dans certains cas, que lorsque le pus est devenu tout à fait superficiel, couvert par la seule muqueuse violacée et amincie.

Nous comprenons ainsi pourquoi cette phase de fluctuation n'est cliniquement appréciable avec netteté qu'à sa période dernière et a pu, dans certains cas, paraître ne durer que quelques jours (cas de Gougerot).

Dans la majorité des cas cependant, et surtout lorsque le siège de l'abcès est facilement accessible, la fluctuation peut être décelée lorsque commencent à se produire les phénomènes de ramollissement.

La durée cette seconde période peut être alors assez longue, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Le processus de ramollissement ne s'accompagne pas de sensations douloureuses. Il semble que, pour la langue, ainsi que pour la plupart des tuberculoses splanchniques, le processus tuberculeux en lui-même est un processus indolore et que les douleurs sont fonctions, non pas de l'infection tuberculeuse, mais bien de l'infection surajoutée.

Pour la langue, comme pour le rein, tuberculose fermée égale tuberculose indolore. Les douleurs sont un signe fonctionnel de l'ulcération.

Dans certains cas, alors qu'il existait des manifestations à la période de crudité, les douleurs parurent s'amender dès la formation de la gomme.

A cette période, pas plus qu'à celle de crudité, l'état général n'est affecté. Le foyer tuberculeux est ici trop peu important pour pouvoir imprégner par lui-même l'organisme de produits toxiques. Si nous n'avons pas d'autres lésions tuberculeuses associées, les phénomènes généraux n'apparaissent que lorsque les bactéries pyogènes à toxines plus actives auront envahi la cavité abcédée.

3° *Période d'ulcération.* — Lorsque l'abcès froid est suffisamment collecté et que le pus est suffisamment voisin de la muqueuse, celle-ci devient alors violacée, luisante, tendue comme une membrane sous laquelle le liquide fait pression. La palpation montre alors une fluctuation très nette. Le doigt déprime facilement la paroi amincie, surtout au centre, tandis qu'à la périphérie, on sent les tissus indurés qui sont perçus comme un cadre résistant. Il arrive un moment où la muqueuse amincie se déchire, la gomme se vide; il s'en écoule, en abondance variable, un pus jaune grisâtre, séreux ou sérogrumeleux, mal lié, caractéristique. L'orifice de l'abcès, en général assez large, s'agrandit rapidement par le sphacèle progressif de ses bords amincis. Le fond de l'abcès se découvre largement, et l'on voit se former peu à peu la cavité irrégulière, anfractueuse, à bords irréguliers, amincis, décollés, qui caractérise l'ulcération tuberculeuse.

Profonde, taillée en pleine langue, arrondie, cette ulcération se distingue toujours assez nettement de l'ulcération primitive, superficielle, à bords déchiquetés, entourée de sa collerette pathognomonique de points jaunes, si bien décrite par Trélat.

Lorsque le pus est profond, il peut arriver que le pus s'évacue par un trajet fistuleux persistant sans qu'il y ait, à proprement parler, d'ulcération. L'orifice de cette fistule peut d'ailleurs être assez éloigné du siège de l'abcès. Dans l'observation de Gosselin, l'abcès siégeant dans la moitié gauche de la langue venait s'ouvrir, par une longue et étroite fistule, sur le bord droit, au sommet d'un petit mamelon ombiliqué.

Dans tous les cas, la partie non encore ramollie du tuberculome, la partie profonde de la membrane tuberculi-

gène de l'abcès forment à l'ulcération une base indurée caractéristique.

Cette ulcération, d'ailleurs torpide, comme toutes les ulcérations bacillaires, ne manifeste aucune tendance à la réparation spontanée. Dans la plupart des cas, elle continue, au contraire, à s'étendre par sa périphérie ou à creuser par son fond. Dans certains cas, de la confluence de plusieurs abcès peuvent naître des cavités aréolaires multiples, communiquant les unes avec les autres sous forme de clapier (Trélat).

Le fond de ces ulcérations, peu à peu repoussé par la prolifération défensive des tissus sous-jacents, ne tarde pas cependant à devenir de plus en plus superficiel et accessible à l'inspection. Il est alors irrégulier, tomenteux, couvert d'un exsudat jaunâtre. Il saigne difficilement et ceci est un caractère distinctif de la première importance avec les néoplasies ulcérées.

Rarement, lorsque leur évolution se prolonge, ces tuberculoses, primitivement profondes, finissent par prendre les caractères des ulcérations primitives. On se trouve alors en présence, ainsi que l'a si bien décrit Reclus, d'une perte de substance d'étendue variable, allongée quelquefois dans le sens antéro-postérieur, à bords irréguliers, minces, décollés, découpés en jeu de patience, à fond anfractueux, raviné, montagneux, grisâtre, encombré de débris caséeux. Dans certains cas même, tout autour de la perte de substance, on peut voir apparaître les granulations miliaires: grains jaunes de Trélat (Chauffard).

L'adénopathie, à cette période, peut faire son apparition. Elle est attribuable bien plus aux microorganismes secondairement inoculés qu'au bacille tuberculeux lui-même.

A la période d'ulcération, les signes fonctionnels font

leur apparition ou s'exagèrent. Les douleurs surtout inquiètent le malade. Quelquefois légères, ne se manifestant que par le contact ou les mouvements, elles sont d'autres fois très aiguës. Elles s'irradient vers le cou, ou même vers l'oreille comme les douleurs du cancer. La déglutition peut devenir très difficile à cause de l'intensité des douleurs qu'elle éveille, et le malade se présente alors la bouche demi-ouverte, salivant et bavant pour ne pas avaler.

Il ne faut cependant pas exagérer dans la description ces phénomènes douloureux qui sont l'apanage bien plus des formes primitives que des gommes ulcérées. Dans deux observations seulement, nous les trouvons signalées avec cette intensité (Delbet, Sinibaldi), et il semble bien que les auteurs (Le Nadan) se soient laissés entraîner dans leur description, un peu théorique, par ce que l'on sait des ulcérations tuberculeuses en général. L'abcès froid de la langue s'ouvre le plus souvent par une fistule ou un étroit orifice. C'est une tuberculose profonde, et dans la grande majorité des cas, même à la période d'ulcération, peu douloureuse.

A cette période d'ulcération, il est classique d'admettre que l'état général est atteint. Ce n'est pas ce que montrent les rares observations qui signalent cette troisième période. Il est certain que, dans les formes largement ulcérées (Gosselin), nous avons, au début des voies digestives, un foyer d'infection permanent. La déglutition de ce pus bacillaire ne va pas sans entraîner des troubles graves.

De même, dans les formes massives, comme Rabé en a rapporté un exemple, l'état général se ressent fatalement de la gravité de ces lésions au point qu'on a pu parler de tuberculose galopante de la langue.

Enfin, la gravité des lésions pulmonaires si souvent

associées nous explique que l'état général des malades qui nous intéressent soit assez souvent plus ou moins atteint.

Mais, en général, on s'explique assez mal comment ces foyers tuberculeux de la langue, petits, profonds, s'ouvrant par un étroit orifice, qui permet rarement des infections secondaires graves, pourraient avoir par eux-mêmes un retentissement de quelque importance sur la santé générale. Il faut reconnaître d'ailleurs que les cas sont rares où les lésions tuberculeuses profondes ont pu arriver à cette phase évolutive, elles sont, en général, soignées et guéries au cours des deux stades qui la précèdent.

Nous n'avons pas cru devoir faire un chapitre spécial pour le *pronostic* des abcès froids linguaux. Comme nous l'avons vu, le plus souvent secondaires à des lésions pulmonaires, ils ne sont qu'un épiphénomène au cours de ces dernières et ne modifient en rien le pronostic par eux-mêmes.

Lorsqu'ils sont primitifs, ils évoluent, en général, assez lentement, et sont facilement accessibles à une thérapeutique active. Ils sont cependant importants parce que première atteinte d'une infection essentiellement chronique et récidivante. Ils dénotent un organisme résistant mal à l'infection bacillaire et doivent faire craindre d'autres localisations torpides et méconnues qui pourront se réveiller un jour. Ici encore, ils ne tirent pas d'eux-mêmes leur propre gravité. Ils font surtout craindre des manifestations ultérieures.

Rabé a cependant décrit, en 1907, une forme caséeuse massive, à évolution galopante.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le tuberculome de la langue, nous venons de le voir, se présente en clinique et successivement sous trois aspects.

D'abord tuberculome cru, nodosité unique ou multiple, siégeant le plus souvent sur la pointe ou les bords, de développement rarement important, sur une muqueuse intacte, indolore, gênant simplement par son volume. A cette période, le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs de la langue.

Plus tard, abcès froid, collection fluctuante et peu tendue. Il faudra alors éliminer les collections liquides de tous ordres: kystes hydatiques, kystes muqueux, kystes sanguins. Le diagnostic d'abcès, une fois posé, il faudra éliminer les suppurations froides non tuberculeuses.

A la période d'ulcération enfin, nous aurons à discuter le diagnostic avec toutes les ulcérations de la langue: ulcérations syphilitiques, néoplasiques ou mycosiques.

I. *Tuberculome cru.* — Il faut éliminer d'abord les tumeurs bénignes à cause de leur lenteur d'évolution. Le lipome de la langue est rare. Il siège de préférence sur la pointe ou sur les bords. Il est sous-muqueux et sa coloration jaune transparaît à travers la muqueuse amincie. Il est lobulé, mou, pseudo-fluctuant, de consistance uniforme

et constante. Il n'a pas la tendance à l'ulcération. Il est unique.

Le fibrome de la langue est moins rare. Il siège de préférence sur le dos de l'organe. Il est le plus souvent arrondi, rarement lobulé. Il évolue plus vite que le lipome. Il est de consistance ferme. La muqueuse intacte, qui le recouvre, ne présente pas de coloration spéciale.

Les adénomes linguaux sont des tumeurs exceptionnelles dont le diagnostic n'a d'ailleurs jamais été fait.

Les enchondromes et les ostéomes évoluent très lentement; ils ont une consistance variable suivant les points, et, en général, d'une dureté spéciale. Le lipome de la langue, à forme nodulaire, reproduit l'aspect typique du tuberculome, même à l'examen histologique; mais il coexiste les symptômes classiques de la lèpre, faciles à dépister. On ne connaît pas, en effet, de lipomes primitifs de la langue.

Les nodosités actinomycosiques sont dures. D'abord profondes, elles évoluent peu à peu vers la muqueuse qu'elles soulèvent. Elles sont, en général, uniques chez l'homme. Elles sont bien limitées, de forme arrondie; elles peuvent atteindre les dimensions d'une cerise ou d'une amande. La muqueuse qui les recouvre est, au début, absolument saine; comme on le voit, ceci reproduit absolument l'aspect de la tuberculose, et malgré les circonstances étiologiques (piqûre avec une céréale) le diagnostic est souvent fort malaisé. Il ne peut être fait que par le traitement iodé ou par l'examen du pus à la période suivante.

Les gommes syphilitiques de la langue sont arrondies ou ovalaires, de même forme, de même volume et de même consistance que le tuberculome. Elles s'en distinguent surtout par leur multiplicité, la rapidité de leur évolution, leur tendance plus grande à l'ulcération précoce. Tous ces si-

gnes distinctifs peuvent, d'ailleurs, manquer, et l'on n'a pas toujours affaire à la « langue rembourrée de noisettes » de Ricord. Il faudra alors étudier les antécédents du malade et les symptômes coexistants: gommes ailleurs situées, lésions osseuses, etc.

La seule tumeur maligne qui puisse être confondue avec l'abcès froid, c'est le cancer épithélial profond. Si les formes superficielles et érosives sont les plus fréquentes à la langue, il existe cependant des formes profondes donnant des nodosités dures sous une muqueuse d'apparence saine pour lesquelles le diagnostic peut être délicat à établir. Il faudra se baser sur la tendance à l'ulcération plus précoce, sur les douleurs propagées à l'oreille, sur l'apparition des ganglions de la chaîne carotidienne (Hauptganglion de Küttner).

II. *Abcès froid lingual.* — Il faudra faire à cette période le diagnostic avec les kystes parasitaires ou mucoïdes, avec les tumeurs hématiques, avec les abcès froids divers (syphilitiques et actinomycosiques).

Les kystes à cysticerques de la langue sont exceptionnels. Le diagnostic n'en est jamais fait avant l'intervention, ainsi que le reconnaît Hofmakl. Les kystes hydatiques sont plus fréquents. Ils sont uniques, profonds au début, ils évoluent vers le dos de la langue et sur la ligne médiane. Indolores, nettement limités, arrondis, leur seul signe distinctif est de n'avoir pas eu une phase de crudité. Mais leur siège profond au début enlève à ce signe toute valeur et seule la ponction exploratrice pourra résoudre la question en donnant le liquide classique.

Les kystes mucoïdes de la langue peuvent atteindre un assez gros développement. Ils sont arrondis, nettement limités, rarement tendus, indolents. Ils siègent de préfé-

rence à la base, sous la muqueuse. Leur évolution est excessivement lente; la ponction exploratrice donne un liquide filant qui ne permet aucun doute.

Les goîtres kystiques de la langue sont une forme rare des goîtres aberrants. Ils présentent absolument les symptômes du kyste mucoïde dont ils constituent d'ailleurs une variété. Le meilleur signe distinctif est leur siège à la base de la langue sur le trajet du canal thyréoglosse; la ponction exploratrice, ici encore, lèverait les doutes.

Parmi les tumeurs hématiques, les deux seules que l'on ait observées au niveau de la langue, sont: l'anévrisme cirsoïde et l'angiome. Nous éliminerons d'emblée l'angiome par sa rareté, son siège superficiel dans la muqueuse, sa forme étalée plus que saillante, sa réductibilité, sa coloration bleutée.

L'anévrisme cirsoïde suscitera rarement de vraies difficultés diagnostiques; il est, en général, diffus, occupant une importante partie de l'organe; il est irrégulier comme forme, souvent recouvert d'une muqueuse distendue où transparaissent des vaisseaux distendus et sinueux. Il est réductible à la palpation. La main qui le palpe perçoit un thrill, et à chaque pulsation, un mouvement d'expansion caractéristique. La ponction exploratrice ramènerait du sang.

Les seules collections intra-linguales qui puissent offrir de vraies difficultés au point de vue diagnostique sont les abcès froids non tuberculeux de l'organe: gommes syphilitiques, abcès actinomycosiques.

Les lésions syphilitiques, à la phase de ramollissement, se distinguent des lésions tuberculeuses par les mêmes caractères qu'à la période de crudité; nous n'y reviendrons plus ici; contentons-nous de dire que cette période est brève pour la syphilis, l'ulcération suivant de près le ramollis-

sement. La ponction exploratrice ramènera un liquide séreux assez facile à différencier du pus tuberculeux.

La gomme actinomycosique, lorsqu'elle se ramollit, s'accompagne, en général, de phénomènes inflammatoires plus marqués que la gomme tuberculeuse. Il n'est pas rare de voir apparaître des douleurs. La ponction exploratrice ramènera un pus grisâtre, dans lequel il sera aisé de mettre en évidence les grains jaunes.

III. *Ulcération tuberculeuse.* — L'aspect de l'ulcération tuberculeuse est pathognomonique. De dimensions variables, toujours étendues en profondeur, à bords nettement découpés, quelquefois décollés et amincis, bleuâtres, à fond caséeux, non odorantes et non saignantes, elles s'accompagnent, en général, de douleurs peu vives. Il s'agit quelquefois de simple trajet fistuleux s'ouvrant par un étroit orifice. Plus souvent, et surtout après un certain temps d'évolution, elles prennent le type des ulcérations primitivement superficielles, allongées, grisâtres, à bords découpés; elles perdent leur base indurée et s'entourent d'une collerette caractéristique de grains jaunes de Trélat.

A la période où elle s'accompagne encore d'induration sous-jacente, le diagnostic est à faire avec la gomme syphilitique ulcérée et l'épithélioma. L'ulcération spécifique tertiaire présente, outre les particularités déjà décrites de la gomme antécédente, les caractères spéciaux de son pus, liquide gommeux qui ressemble peu au pus tuberculeux. La sécrétion en est peu abondante, les douleurs nulles, il n'y a pas d'adénite.

L'épithélioma ulcéré de la langue est limité par des bords surélevés, durs, en voie de destruction (bourrelet cancroïdien), sa base est large et dure, infiltrée. Son fond est inégal, saignant au moindre contact, donnant en abondance

un liquide ichoreux et fétide. Il s'accompagne de douleur vive, irradiée dans l'oreille. Il donne une adénopathie presque constante dans les diverses chaînes du cou.

Quand toute la tumeur tuberculeuse s'est ramollie et qu'il ne persiste plus de base indurée, il faut éliminer successivement: le chancre syphilitique, de date récente, unique, siégeant à la pointe, à bords érosifs, à base indurée, parcheminée, mais non infiltrée; les plaques muqueuses multiples, à teinte opaline; les ulcérations simples qui siègent en face d'un chicot et ne survivent pas à l'évulsion de ce dernier. Ces diagnostics, pratiquement, ne se posent pas.

Comme on le voit, les difficultés naissent surtout de la confusion possible avec la syphilis, l'actinomycose et le néoplasme. Dans les cas tout à fait douteux, il faudra avoir recours aux divers examens de laboratoire.

La *biopsie* s'appliquera au nodule encore induré, ou aux parois de l'ulcération. La *ponction exploratrice,* dans les formes ramollies, montrera, par examen direct, l'actinomyces dans l'actinomycose. L'injection au cobaye le tuberculisera dans les cas d'abcès froid. On pourra cultiver sur milieu de Sabouraud si l'examen direct ne montre aucun champignon.

On pourra enfin avoir recours aux réactions humorales: les diverses réactions à la tuberculine ne sont plus guère employées aujourd'hui, mais la valeur de la réaction de Wassermann s'accuse de jour en jour.

Il n'est pas enfin jusqu'aux traitements spécifiques qui ne puissent nous donner d'utiles indications. Le mercure fera merveille contre les lésions spécifiques; l'iode fera rétrocéder les lésions actinomycosiques. Aucune médication à distance n'a encore, pour le moment, influencé de façon rapide et nette les lésions tuberculeuses.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement des abcès froids de la langue est, comme pour toutes les tuberculoses locales, à la fois général et local.

Le traitement général est ici ce qu'il est pour toutes les tuberculoses, et nous n'avons pas à le décrire. Repos, grand air, alimentation copieuse et soignée seront ordonnés. On pourra employer tous les médicaments d'épargne, tels que l'arsenic sous ses diverses formes. Ce traitement médical est à la fois curateur au point de vue de la lésion même et préventif à l'égard des localisations secondaires toujours à craindre dans un organisme tuberculisé. Si des lésions pulmonaires existent déjà, c'est à ces dernières surtout que devra s'adresser la thérapeutique médicale.

Localement, le traitement peut être chirurgical ou médical. Médicalement, on s'adressera surtout à l'ulcération que l'on modifiera par les divers caustiques ou le thermocautère. Chirurgicalement, trois méthodes s'offrent au praticien. Les injections modificatrices, l'incision suivie de curettage, l'extirpation en bloc de la tumeur.

Les cautérisations médicales ont constitué le premier traitement des tuberculoses linguales. Elles ne peuvent être employées que contre les formes ulcérées. Moyen peu actif, n'ayant qu'une action de surface, il est très rare

qu'elles aient donné des résultats appréciables. Fernet aurait cependant obtenu une guérison avec le naphtol camphré et Rendu aurait obtenu de bons résultats avec des cautérisations par l'acide lactique au 1/10e. C'est, en tous cas, un traitement fort long; et il nous paraît devoir bénéficier surtout des contre-indications du traitement opératoire. Il est certain que lorsque la gomme linguale n'est qu'une localisation seconde et accessoire, il sera inutile d'employer contre elle une thérapeutique active chez un malade dont, par exemple, les lésions pulmonaires sont incurables. Même dans ces cas, cependant, comme chez le malade dont Chauffard nous rapporte l'histoire, on est en droit de se demander si l'amputation de l'organe ne serait pas une bonne opération, en supprimant une cause de septicémie buccale et d'intoxication rapide par résorption toxique.

Le thermocautère, en tous cas, restera, même dans ces formes secondaires, un agent modificateur de tout premier ordre et de grande utilité. On sait la part de plus en plus grande accordée aujourd'hui à la cautérisation ignée dans le traitement des tuberculoses locales. Il serait illogique de dédaigner au niveau de la langue ce que l'on apprécie autant ailleurs. Bien des formes superficielles ou secondairement ulcéreuses seront justiciables de la cautérisation ignée.

Pour les formes de tuberculose fermée, la question se pose d'une autre façon. On sait le fameux aphorisme de Callot, exagéré dans sa forme, mais qui contient une grande vérité clinique: « Aux tuberculoses fermées, la guérison certaine; la fistule est une porte ouverte à l'infection et à la mort. » Il faut donc traiter, sans les ouvrir, les tuberculomes linguaux, et ce sera le rôle des injections modificatrices. Si ces injections sont insuffisantes, il faudra que l'intervention chirurgicale soit radicale. Pour les formes

suppurées à grande extension : incision et curettage. Pour les formes localisées ou crues, extirpation en bloc.

La ponction, suivie d'injections modificatrices, est une méthode lente, a dit Rolland. Il est évident que l'on n'obtient pas ici, d'un seul coup, les beaux résultats que peut donner parfois le bistouri. Ce ne serait pas là un reproche à faire à la méthode si elle devait donner, malgré tout, des guérisons. Malheureusement, le pus de ces gommes est épais, et s'écoule mal par les fines aiguilles que, seules, on peut employer ici. De plus, il ne semble pas que ces injections aient donné ici d'aussi bons résultats que dans les tuberculoses osseuses ou ostéo-articulaires. Notre malade a reçu treize injections et ne s'est pas trouvée sensiblement améliorée. Quoi qu'il en soit, c'est là une méthode à tenter dans les formes ramollies. On injectera l'un quelconque des divers liquides proposés et qui se composent tous, en proportions diverses, d'iodoforme et de créosote dissous dans l'éther, la glycérine ou l'huile.

L'incision, suivie de curettage, sera employée contre les formes ramollies, après l'échec des injections interstitielles. Elle a été employée depuis fort longtemps (Dardignac, 1894), elle a donné, dans notre cas, un succès au professeur Tédenat. La technique est la suivante : incision large dans l'axe longitudinal de la langue, curettage énergique des parois, cautérisation avec une compresse imbibée de naphtol camphré, on frotte énergiquement sur les parois avec cette compresse, de façon à pratiquer un véritable écouvillonnage, on bourre ensuite la cavité avec de la gaze ordinaire ou de la gaze iodoformée.

L'extirpation en bloc est évidemment la méthode de choix. Elle sera particulièrement indiquée dans les cas de tuberculome petit, bien limité, encore solide. La plupart des auteurs parlent « de gommes bien circonscrites, à parois nettes que l'on peut séparer par la dissection des par-

ties voisines... », « car l'idéal pour le chirurgien est d'enlever le tuberculome à la façon d'un lipome, c'est-à-dire avant qu'il ait eu le temps de se ramollir et de diffuser par la voie conjonctive ». Nous n'avons vu dans aucune observation que l'on ait pu disséquer cette paroi d'abcès froid de la sorte, à la façon d'une paroi kystique. Ce que l'on peut et doit faire, et ce que l'on a fait dans la plupart des observations, c'est une glossectomie partielle en taillant à distance, en dehors des lésions, en plein tissu sain. Cette technique a été employée avec succès par Lambert.

Les anciens auteurs employaient le thermocautère, de préférence au bistouri, dans ces interventions, par crainte de contamination microbienne. Rolland, cependant, dès 1896, s'élève contre cette manière de faire, montre que le thermocautère ne permet pas une réunion immédiate, donne des cicatrices très déformantes, et que, par contre, une ablation au bistouri n'a jamais donné lieu à aucun accident.

Il faudra cependant avoir soin de préparer le malade pendant les quelques jours qui précèderont l'opération. On fera arracher les vieux chicots, on détergera, avec un tampon monté les sillons gingivo-dentaires que l'on cautérisera légèrement à la teinture d'iode. On fera pratiquer fréquemment dans la journée des lavages antiseptiques avec du thymol ou du phénosalyl; après l'intervention, ces lavages antiseptiques constitueront le seul pansement de la plaie opératoire.

L'extirpation en bloc des lésions, lorsqu'elle a pu être pratiquée de façon rationnelle, a toujours donné de fort beaux résultats. On n'a jamais constaté de récidives. Elle a, de plus, l'avantage de fournir, par une réunion immédiate, des guérisons rapides. Enfin, elle expose infiniment moins que le curettage à des ensemencements tuberculeux septicémiques.

OBSERVATION

(Recueillie par le docteur Burgue).

Abcès froid de la langue. — Ponctions et injections modificatrices. Echec. — Incision et curettage. — Guérison.
(Observation de la clinique oto-rhino-laryngologique de Montpellier,)

Marie F..., 22 ans, se présente à la consultation externe, le 15 mai 1913. Elle se plaint d'une suppuration ancienne de l'oreille gauche, et l'interrogatoire seul fait découvrir l'existence d'une nodosité indolore de la langue.

Dans les antécédents héréditaires de la malade, rien qui permette de penser à la tuberculose, pas plus d'ailleurs que dans les antécédents personnels. Le père est mort, depuis quelques années, victime d'un accident. La mère, de constitution peu robuste, est cependant en assez bonne santé. Elle ne tousse pas, n'a jamais eu de pleurésies ni de lésions bacillaires. Les deux frères ont de la rhinite atrophique ozéneuse et de l'otite moyenne suppurée chronique. que.

Comme antécédents personnels, nous notons, à part la rougeole et la coqueluche, une bronchite dont la convalescence fut un peu traînante; mais, depuis cette époque, la jeune fille n'a plus présenté aucune affection broncho-pulmonaire. Elle ne tousse pas, n'a jamais eu d'hémoptysies. Elle a été réglée tard, mais les règles sont régulières et normales.

Dans notre observation, nous laisserons intentionnellement de côté l'otite moyenne qui n'a aucun rapport intē-

ressant avec l'affection linguale ; il s'agit d'une otite aiguë qui, d'ailleurs, guérit assez rapidement.

Le début de la lésion linguale est assez imprécis. C'est au milieu de février que la malade aperçut dans sa langue, sur le côté droit, un noyau indolore, gros, nous dit-elle, comme un pois chiche. Cette tumeur, indolore, était gênante, et, en particulier, gênait les mouvements de déglutition. Il semblerait que son volume ait été assez variant, diminuant considérablement certains jours pour devenir ensuite plus gros et plus gênant.

Depuis quelques jours, le nodule induré aurait présenté un accroissement plus rapide et serait devenu le siège de légers picotements, et la malade qui, jusqu'à ce jour, n'avait attaché aucune importance à son état lingual, aurait attiré, dit-elle, notre attention sur lui si nous ne l'avions pas découvert auparavant.

Les signes fonctionnels sont réduits au minimum ; pas de douleur à proprement parler. Simple sensation, d'ailleurs inconstante et passagère, de picotement. La parole est normale et bien articulée. La déglutition seule est un peu gênée : « Il me semble que ma langue est raide », dit la malade. Elle est maladroits, mais, en somme, peu gênante.

A l'inspection, on observe, sur le bord droit de la langue, une tuméfaction nette. Ce bord, à 2 centimètres environ du pilier antérieur du voile, présente un soulèvement globuleux, assez nettement appréciable. On a l'impression qu'il est à la fois épaissi et saillant. Cette déformation est assez diffuse et il est impossible, par la simple inspection, d'en préciser les limites. La muqueuse, à ce niveau, présente sa couleur et son aspect normaux.

A la palpation, en prenant entre le pouce et l'index le bord de la langue, on perçoit nettement un noyau dur,

ferme, résistant, dans lequel le doigt ne laisse aucune empreinte. Il est assez nettement limité, laisse la muqueuse intacte et libre. Il présente les dimensions à peu près d'une grosse amande. La palpation, même appuyée, est indolore.

En palpant soigneusement la base de la langue, et le plancher buccal, tant par sa face muqueuse que par la région sous-maxillaire, on s'aperçoit que la tumeur ne présente aucun prolongement. Elle est bien incluse et exclusivement développée dans l'épaisseur du muscle lingual. On ne trouve aucun ganglion hypertrophié, pas plus dans la région sous-maxillaire que sous le sterno-cléido-mastoïdien.

Au niveau du poumon, l'examen ne révèle rien de net. A peine trouve-t-on, dans le sommet droit, une inspiration un peu rude et une expiration légèrement prolongée. Rien au cœur. L'appétit est bon et la digestion normale. Rien du côté de l'appareil urinaire. Règles régulières, durant trois jours, indolores. Pas de pertes blanches. Pas de symptômes nerveux.

L'état général de la malade laisse passablement à désirer, il s'agit d'un sujet maigre, chétif, pâle, peu développé.

La première impression est qu'il s'agit d'une lésion spécifique. D'autant plus que l'attention avait été attirée d'emblée par la forme des incisives. Elles sont crénelées, irrégulières et reproduisent assez bien les dents d'hérédo-syphilis. Mais il n'y a ni trouble de la vue, ni lésions cornéennes. La diminution de l'acuité auditive s'explique suffisamment par la lésion auriculaire. Aucune déformation osseuse des membres, ni du crâne, ni de la face. D'autre part, aucun signe d'auto-inoculation. Pas de chancre avoué, pas d'éruptions, pas d'angines, pas de céphalée, pas de chute de cheveux. De plus, il s'agit d'un noyau unique, à évolution lente (il est encore cru après quatre mois) et la réaction de Wassermann est négative.

Le diagnostic de tumeur maligne peut aussi être écarté. L'épithélioma interstitiel de la langue atteint rarement un volume aussi important, sans s'ulcérer. Il provoque à ce stade de son développement des adénopathies déjà très appréciables que nous ne retrouvons pas ici. Il s'accompagne de douleurs vives propagées à l'oreille que nous pouvons affirmer ne pas exister, malgré la coexistence de l'otite moyenne.

Il n'y a pas de circonstances étiologiques attirant notre attention du côté de l'actinomycose. La consistance ferme permet d'éliminer toutes les formations kystiques. En tenant compte, d'autre part, de l'état général du sujet et des signes légers d'auscultation, nous nous croyons autorisé à porter le diagnostic de tuberculose.

Le 18 mai: la tumeur est ponctionnée avec une grosse aiguille et vidée par aspiration avec une seringue de Pravaz. Il coule à peine quelques gouttes de pus jaunâtre, sans caractères spéciaux. Ces quelques gouttes de pus sont injectées à un cobaye qui est tuberculisé. Dans la poche de l'abcès, on injecte un demi-centimètre cube de solution de chlorure de zinc.

Le 19 mai: douleur assez vive, la langue est tuméfiée.

Le 20 mai: la déglutition est encore un peu gênée, la langue maladroite et endolorie.

Le 22 mai: tout est rentré dans l'ordre. Le noyau lingual est à peu près du même volume qu'avant l'injection.

Le 25 mai: nouvelle ponction. Plus de liquide purulent. On injecte encore du chlorure de zinc. Même réaction inflammatoire douloureuse pendant trois jours.

Le 15 juin: la malade, qui, depuis quelques jours, ne s'était plus présentée à la consultation, reparaît. Les lésions linguales sont stationnaires; on retrouve le noyau induré

avec sa même consistance et son même volume. Toujours indolore. La ponction ramène à nouveau quelques gouttes de pus. On injecte, pour la troisième fois, du chlorure de zinc.

Le 25 juin : quatrième ponction, suivie d'injection sclérosante.

Le 1er juillet : l'état est stationnaire ; la malade est lasse d'un traitement douloureux qui ne paraît pas donner de résultats appréciables. On lui propose les injections modificatrices avec le liquide de Calot.

Le 15 juillet : M. le professeur Riche fait une première injection de créosote et d'iodoforme en solution dans un mélange à parties égales d'huile et d'éther.

Le 25 juillet : le volume de la tumeur est accru. La ponction ramène environ un centimètre cube de pus. On fait une deuxième injection du mélange.

Le 5 août : troisième injection.

Six injections sont ainsi pratiquées, espacées de huit jours environ. La tumeur s'est peu à peu ramollie et vidée. Il ne reste plus qu'une poche dont la capacité va diminuant, la ponction ramenant des quantités de plus en plus faibles de pus.

Le 20 septembre : la ponction n'ayant plus rien ramené, on cesse le traitement.

En juin 1915, la malade se représente à la consultation pour ses lésions auriculaires. Elle nous apprend que l'abcès froid s'était reformé. Elle s'est adressée cette fois-là à l'Hôpital Suburbain où, nous dit-elle, le professeur Tédenat aurait fait une incision au thermocautère suivie d'un vigoureux curettage. En un mois, la lésion aurait été cicatrisée.

A l'examen, on aperçoit, sur le bord droit de la langue,

une cicatrice blanchâtre fibreuse, allongée dans le sens antéro-postérieur. La langue est mobile et indolore; à la palpation, le côté droit, vers la base, est légèrement induré (cicatrice).

CONCLUSIONS

La tuberculose profonde, localisée de la langue, le tuberculome lingual, constitue au niveau de cet organe une forme très rare de la tuberculose; une trentaine de cas à peine en sont connus.

Cette forme s'observe de préférence chez les adultes. Elle atteint les hommes plus souvent que les femmes et se développe, de préférence, chez des sujets déjà porteurs de lésions bacillaires.

L'inoculation peut se faire, à la faveur d'une érosion muqueuse, soit par des bacilles venus du dehors (aliments, poussières), soit par des bacilles autogènes (crachats). Le plus souvent, la contamination se fait par la voie sanguine, et tous les traumatismes peuvent jouer alors un rôle localisateur.

Au point de vue symptomatologique, le tuberculome lingual se présente sous trois aspects successifs qui en sont les trois phases évolutives : le tubercule cru, l'abcès froid, l'ulcération.

Le pronostic de ces lésions, quel que soit le stade auquel on les considère, dépend, non pas de la lésion elle-même, mais des autres tuberculoses viscérales très souvent coexistantes. Quand il s'agit de formes primitives, le pronostic est lié à leur développement, et il se trouve, en général, assez bon.

Il faut discuter le diagnostic avec les lésions semblables de la syphilis et de l'actinomycose. A la période d'abcès froid, on aura à éliminer aussi les kystes de nature diverse, et, à la période d'ulcération, les néoplasies malignes.

Le traitement des abcès froids linguaux est à la fois médical et chirurgical. Le traitement général doit être un adjuvant du traitement local. Ce dernier peut consister, suivant les formes, en cautérisations chimiques ou ignées, en incisions suivies de curettages. Le meilleur traitement applicable aux formes localisées est l'extirpation en bloc de la tumeur.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1915.
P. le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
Le Professeur de Faculté délégné,
P. GACHON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1915
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Note sur deux petits abcès lenticulaires tuberculeux voisins de la pointe de la langue et inoculés par morsure. Bull. et mém. de la Soc. anat., Paris, 1905.

Augy. — De la tuberculose linguale. Th. Paris, 1895.

Auclair. — Abcès froids de la langue. Revue internat. de méd. et de chir., 10 févr. 1896.

Bachkiroff. — Tuberculose de la langue. Société russe de chirurgie de Pirogoff, 17 oct. 1910.

Bartil. — Tuberculisation parenchymateuse de la langue à forme nodulaire, gommes tuberculeuses de la langue. Soc. méd. des hôp. de Paris, 25 nov. 1887.

Bonnet. — De l'actinomycose linguale. Thèse Lyon, 1906.

De Brun. — Abcès froids de la langue. France médicale, février 1883.

Butlin. — A treatise of diseases of the tongue. Traduction française du docteur Dougas-Aigre, 1889, Paris, in-8°.

Carrière. — Les abcès froids de la langue. Bull. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1895, p. 250-261.

Chauffard. — Tuberculose gommeuse profonde de la langue. Société médicale des hôpitaux de Paris, 24 février 1893.

Clarke. — A treatise of disease of the tongue, 1863.

Dardignac. — Un cas de tuberculose linguale. Abcès froid tuberculeux de la langue. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 25 août 1894.

Danloss. — Gommes tuberculeuses de la langue. Bulletin de la Soc. française de dermatol. et syphiligraphie, 1903.

Demarquay. — Dictionnaire de méd. pratique.

Fano. — Abcès froids et fistules de la langue. Union méd., 1862.

Frankel. — Communication à la Société de médecine de Berlin, 4 janv. 1891. Traduit *in* thèse Sauvage.

Fulle. — Su di un caso di accesso tuberculare della lingua. Riforma medica, 26 mars 1914.

Gade. — Nord Mag. für Logend, 1884. Relaté *in* thèse Whitmann.

Gerchoune. — Les tuberculoses primitives de la langue. Vratchebnaïa Gazeta, 13 janv., 20 juin 1913.

Gobermann. — Les tuberculoses nodulaires de la langue. Chirourguia, août 1912.

Gosselin. — Clin. chirurgicale de la Charité, 1872, t. II.

Gougerot et Cruissant. — Gommes ulcérées de la langue et de la lèvre supérieure, de nature probablement tuberculeuse. Bull. Soc. française de dermatologie et syphiligraphie, 1911.

Herbel. — Tuberculose de la langue. Inaugural dissert., Wurtzburg, 1891.

Heurtaux. — Tubercules de la langue. Bull. Soc. anatom. de Nantes, 1882.

Lagomarsino. — Sobre un caso de tuberculosis primitiva nodular disseminato della lingua. Semana med., Buenos-Ayres, 1912.

Lambert. — Tuberculose de la langue. Tuberculose pul-

monaire, hémiglossectomie. Ann. of Surgery, Philadelphie, 1912.

Mouisset. — Tuberculose de la langue de forme gommeuse. Soc. nat. de méd. de Lyon, 16 juin 1913.

— Deux cas de tuberculose linguale. Lyon médical, 1912, p. 969-973.

Mancioli. — Tuberculose nodulaire ulcérée de la langue. Il Policlinico, 31 août 1913.

Le Nadan. — Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue. Thèse Bordeaux, 1896.

Péan. — Cliniques chirurgicales, 1892.

Poncet. — Soc. nationale de méd. de Lyon, 28 mai 1888

Portal. — Cours d'anatomie médicale, 1804.

Rabé. — Tuberculose caséeuse massive de la langue à évolution galopante. Bulletin de laryngol. otol. rhinol., 1907.

Richardson. — A case of chronic abcess of the tongue. J. amer. med. assoc., Chicago, 1898.

Rolland. — De la tuberculose intra-linguale. Th. Lyon, 1895.

Von Ruch. — Tuberculosis of the tongue. The Laryngoscope, 10 oct. 1911.

Sauvage. — Essai sur les abcès froids de la langue. Th. Paris, 1894-95, n° 68.

Sinibaldi. — L'abcès tuberculeux de la langue. Tommassi, Naples, 1908.

Whittmann. — Contribution à l'étude de la tuberculose linguale. Les abcès froids de la langue. Thèse Paris, 1893-94, n° 48.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !